In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for the most content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

IDM

- Complication
- Traitement
- Diagnostic

COMPLICATIONS PRÉCOCES

A- TROUBLES DU RYTHME (Très fréquents dans les premières heures)

- Bradycardie sinusale, surtout en cas d'infarctus inférieur, avec sueur, pâleur, chute tensionnelle (syndrome vagal) ; réversible sous atropine et remplissage vasculaire.
- Tachycardie sinusale : fréquente faisant craindre une insuffisance ventriculaire gauche, une nécrose étendue.
- AC/FA : fréquente et transitoire, risque emboligène. Par extension auriculaire de la nécrose ou décompensation hémodynamique.
- Extrasystoles ventriculaires (ESV) : très fréquentes, surtout en cas de reperméabilisation (thrombolyse) ; nécessite un traitement immédiat si elles sont nombreuses, polymorphes, en salves, prés de l'onde T (aspect R/T).
- Tachycardie ventriculaire : tachycardie régulière à complexe QRS large, avec onde P dissociées, phénomènes de fusion et de capture.
- Fibrillation ventriculaire
- Rythme idioventriculaire accéléré (RIVA) : réalise un aspect de tachycardie à QRS larges à fréquence ventriculaire ‹ 120/min ; habituellement bien toléré et sans signification pronostique défavorable.
- Syndrome de reperfusion coronaire : associe ESV, TV, RIVA, parfois bradycardie.

B- TROUBLES DE LA CONDUCTION

- Bloc sino-auriculaire : surtout en cas d'infarctus inférieur ; favorisé par le traitement bêtabloquant ; souvent mal toléré.
- BAV au cours d'une nécrose inférieure : installation progressive ; bien tolérée ; QRS fin ; FC relativement rapide ; transitoire de bon pronostic (traduisant une réaction oedémateuse).
- BAV au cours d'une nécrose antérieure : d'installation brutale ; traduisant un échappement bas situé ; à complexes QRS larges et lents ; risque de syncope ; de pronostic sévère car traduisant un infarctus étendue.

C- INSUFFISANCE CARDIAQUE

- Classification de Killip (IVG) :
  - Classe I : absence de crépitants et de B_3
  - Classe II : crépitants remontant jusqu'à mi-champs pulmonaire ou B_3
  - Classe III : crépitants remontant au-delà avec OAP
  - Classe IV : choc cardiogénique
- Choc cardiogénique primaire $\Rightarrow$ nécrose > 40%
- Insuffisance ventriculaire droite (rare) ; elle fait rechercher : une rupture du septum interventriculaire, une embolie pulmonaire, une tamponnade péricardique ; l'extension ventriculaire droite d'un infarctus inférieur.

D- COMPLICATIONS MÉCANIQUES

- Rupture septale avec CIV : complique les infarctus antérieurs ou inféro-basaux. Souffle holosystolique en rayon de roux et signes d'insuffisance cardiaque globale aiguë.
- Rupture ou dysfonctionnement ischémique d'un pilier de la mitrale : surtout en cas d'infarctus inférieur ; état de choc, souffle systolique apexo-axillaire, OAP. Onde V capillaire au cathétérisme droit.
- Rupture de la paroi libre du VG : douleur, état de choc, syndrome de fissuration (réapparition d'un courant de lésion sus-épicardique ?) ; dissociation éltromécanique ;

COMPLICATIONS TARDIVES

- SYNDROME DE DRESSLER : après la 3e semaine ; douleur inspiratoire et fièvre récidivante, arthralgies, frottement péricardique ; épanchement pleural fréquent ; évolution bénigne mais longue sous AINS avec possibilité de rechute.
- ANÉVRYSME VENTRICULAIRE : surtout après infarctus antéro-apical ; diagnostiqué par double choc de pointe à la palpation (inconstant) ; persistance d'un courant de lésion sous-épicardique après 3 semaines (sus-décalage de ST). Risque de thrombus adhérant ; embolies périphériques ; troubles du rythme ventriculaire grave ; insuffisance cardiaque, rupture.
- RÉCIDIVE D'UN ANGOR : nécessite une coronarographie en vue d'un éventuel pontage
- Périarthrite scapulo-humérale (syndrome épaule-main) $\rightarrow$ algodystrophie ?